Ueber die Total-Exstirpation
des carcinomatösen Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 25. November 1887

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Sylwester Wendland.

aus Posen.

Opponenten:

Herr Jaczynski.
Herr Hollen.
Herr Wysocki.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1887.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30581448

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Dass die Frage der Behandlung der Uteruscarcinome einer der Hauptpunkte ist, welche das Interesse der Chirurgen und Gynäkologen in Anspruch nehmen, dürfte wohl wegen des häufigen Vorkommens und des bösartigen Characters dieser Krankheit nichts auffallendes sein. Laut den statistischen Berichten bilden doch von allen Carcinomen, an denen die Frauen zu Grunde gehen, die des Uterus ungefähr den dritten Theil. Von jeher hatte man es eingesehen, dass man bei der Operation maligner Tumoren einige Aussicht auf längeres Ausbleiben eines Recidivs haben darf, wenn man im gesunden arbeitet, d. h. wenn man nicht nur die Geschwulstmassen selbst, aber auch das kranke Organ zu entfernen sucht.

Solange man noch keine Methode kannte, den ganzen Uterus zu entfernen, solange war das Carcinoma uteri nur palliativer Behandlung zugänglich; die meisten Versuche, das Organ zu entfernen, nahmen ein letales Ende. Erst im Frühjahr 1879 versuchte Freund durch Laparatomie, wozu ihn die Lister'sche Wundbehandlung anregte, den Uterus total zu exstirpiren. Seine Methode fand in der ganzen medi-

zinischen Welt gerechte Anerkennung und Nachahmung, so dass Ende 1880 etwa 94 operirte Fälle zu verzeichnen waren. Diese Methode wird in folgender Weise ausgeführt:

Nachdem vorher der ganze Bereich des jauchigen Carcinoms und die Scheide durch conzentrirte Karbollösung in ausgiebigster Weise desinficirt worden sind, wird unter peinlichster Beobachtung antiseptischer Kautelen der Bauchschnitt gemacht. Nach unten lässt man denselben bis auf die Symphyse heraufgehen und schneidet die Haut noch etwas weiter nach unten ein. Sind die Recti nicht ungewöhnlich schlaff, so schneidet man ihre Sehnen von der Symphyse ab. Jetzt packt man die reichlich im Douglas'schen Raum liegenden Darmschlingen aus demselben heraus und sucht sie oben in der Bauchhöhle unterzubringen oder legt sie in ein erwärmtes, mit Carbollösung getränktes Tuch. Zieht man jetzt den mit der Muceux'schen Hakenzange oder mit dem von Freund dazu angegebenen Instrument gepackten Uterus nach oben, so spannen sich die seitlichen Anhänge so an, dass man bequem an ihre Unterbindung gehen kann. Diese kann man in der von Freund vorgeschlagenen Weise so vornehmen, dass die Anhänge jeder Seite in drei Partieen — von der Tube nach dem Lig. ovarii, von letzterem nach dem Lig. rot. und dann von diesem nach dem Scheidengewölbe durch — unterbunden werden, oder man kann statt der oberen

zwei Ligaturen eine einzige so nach aussen von der Tube und dem Ovarium legen, dass diese, was sich in der Regel dringend empfiehlt, mit herausgeschnitten werden. Die das Scheidengewölbe mit umfassende Ligatur legt man zweckmässig an vermittelst einer eigenen von Freund angegebenen Nadel. Es ist darauf zu achten, dass nur ein kleines Stück Scheidenschleimhaut in die Schlinge hineinkommt, da sie sich sonst nicht fest genug anziehen lässt. Sind auf beiden Seiten diese Ligaturen gelegt und fest geknotet, so empfiehlt es sich zunächst, das vordere und hintere Scheidengewölbe zu durchschneiden. Zu dem Zweck schneidet man aus freier Hand das Peritoneum der Excavatio resico-uterina quer durch, löst die Blase stumpf vom Uterus ab und schneidet das vordere Scheidengewölbe durch. Noch weniger Schwierigkeit macht das hintere. Jetzt werden die breiten Mutterbänder zwischen den Ligaturen und den Uteruskanten durchschnitten und dadurch der ganze Uterus in toto aus seinen Verbindungen ausgelöst. Spritzen die A. uterae trotz der Ligatur, so unterbindet oder umsticht man sie schnell. Die grosse entstandene Wunde wird dann von vorn nach hinten durch kurz abzuschneidende „Ligatures perdues“ so vereinigt, dass die Nadel erst die durchschnittene vordere Bauchfellfalte fasst, dann im retrovesicalen Bindegewebe längsgeführt und aus der vorderen Scheidewand ausgestochen wird. Der hintere mit diesem vorderen zu vereinigende Wundrand

wird von der hinteren Scheidewand und dem Peritoneum des Douglas'schen Raums gebildet. Durch eine ganze Reihe eng aneinander liegender Näthe wird die ganze entstandene Wunde so vereinigt, dass sie überall durch Peritoneum gedeckt ist. Jetzt wird der Darm ins kleine Becken wieder hineingebracht und die Bauchhöhle geschlossen. (Schröder.)

Trotzdem die meisten dieser Operationen von gewiegten Operateuren ausgeführt waren, so waren doch die Endresultate so wenig erfreulich, dass man im Kurzen sich genöthigt sah, die Methode vollständig aufzugeben. Nach statistischen Berichten von Kleinwächter waren von 94 nach Freund Operirten nur 24 von glücklichem Ausgang. Günstiger allerdings ist die Zusammenstellung von Kaltenbach vom Jahre 1881, welcher unter 88 Operirten 30 Genesungen zählte.

Als die hauptsächlichsten Gefahren, denen die Kranken bei der Freund'schen Operation ausgesetzt waren, war vor allem — Shok. Die lange Dauer der Operation, Blutverlust, ferner die Abkühlung und enorme Reizung, denen die Darmschlingen während der Operation ausgesetzt waren, veranlassten zu oft letalen Ausgang an Shok; Olshausen berichtete 1881, dass von 4 von ihm operirten Fällen 3 an Shok zu Grunde gegangen sind. Doch ausser Shok und Blutverlust liegt noch die Gefahr in der Septikämie, und in der Möglichkeit, wichtige Organe, besonders die Ureteren, zu verletzen

oder zu unterbinden. Es ist gewiss den Bestrebungen Bardeheur's namentlich gelungen, obige Gefahren einigermassen zu verringern; doch immerhin sind die Endresultate so wenig günstig gewesen, dass man sich nach einer anderen Methode umsehen musste; man kehrte an die schon früher von Langenbeck dem Aelteren ausgeführte Exstirpation per vaginam. Diese Methode wurde von Czerny, Billroth, Olshausen und Schroeder verbessert und vervollkommnet und nach letzterem auf folgende Weise ausgeführt:

Nachdem die Scheide freigelegt und die Portio heruntergezogen ist, wird das Scheidengewölbe rings umschnitten, sodann wird die Blase mit dem Finger vollständig vom Uterus abgelöst und das Peritoneum des Douglas'schen Raumes breit aufgeschnitten. Durch diesen Schnitt wird der künstlich retroflektirte Uterus mit Finger oder Mouzeux'scher Hakenzange in die Scheide hineingezogen und jetzt unter Leitung des in die Bauchhöle eingeführten Fingers auch das Peritoneum der Excavatio vesico-uterina durchschnitten. Der Uterus ist dann vorn und hinten frei und lässt sich nach Durchtrennung der beiden seitlichen Anhänge total entfernen. Bei dieser Trennung handelt es sich wesentlich darum, die Blutung zu vermeiden; am leichtesten gelingt das, wenn man zwischen Doppelligaturen hart an der Uteruskante die Trennung vornimmt und sorgfältig darauf achtet, dass man jedes durchschnittene grössere Ge-

fäss sofort mittelst des Schiebers fasst und für sich unterbindet. Wenn es gut ausführbar ist, so entfernt man die Tuben und Ovarien mit. Die grosse, zurückbleibende Wunde behandelt man am besten, indem man ein dickes Drainrohr einlegt; seitlich kann man die Scheidenschleimhaut dann, wie ich es vorziehe, vereinigen, oder sie offen lassen.

Wenn wir uns nun ein klares Bild der vaginalen Operationsmethode vor der ventralen machen wollen, so lassen sich dieselben folgendermässen zusammenstellen:

1) Die vaginale Exstirpation involvirt im sehr geringen Grade die Gefahr des Shok.

2) Die Blutung lässt sich sicherer und viel einfacher beherrschen.

3) Die Gefahr der Septikämie muss eine viel geringere sein, weil das Operationsterrain ein viel geringeres ist und weil die über dem kleinen Becken gelegenen Eingeweide unberührt bleiben.

4) Die Gefahr der Verletzung der Blase und Ureteren ist eine geringere, denn die Trennung derselben vom Uterus ist von unten aus viel leichter als von oben. Ueberhaupt ist die ganze Operation viel leichter und die ganze Rekonvalescenz eine viel raschere. Wenn wir nun auf die grossen Vorzüge der vaginalen Exstirpation einsehen müssen, so wollen wir die Freund'sche Methode doch nicht für alle Fälle aufgeben. Bei abnormer Vergrösserung des Corpus uteri, bei zu enger Vagina, bei grosser Ad-

härenz des Uterus, insofern eine Exstirpation nicht contraindizirt ist, werden wir stets noch zu der Freund'schen Methode zurückkehren müssen; doch wenn auch seine Methode verhältnissmässig wenig häufig zur Anwendung kommt, so ist es sein Verdienst stets, die grossen Fortschritte auf diesem Gebiete angebahnt zu haben.

Aber auch diese Methode hat ihre Schattenseiten; es ist ja allerdings klar, dass der Blutverlust ein viel geringerer ist, als bei der ventralen Exstirpationsmethode; indem man aber in dem parauterinen Bindegewebe erst die Gefässe aufzusuchen hat, namentlich, indem man die grossen Aeste der A. uterina unterbinden muss, ist doch der Blutverlust immer ein bedeutender und die Dauer der Operation eine verhältnissmässig lange. Diese Schwierigkeiten zu überwinden, war es Müller aus Bern vorbehalten durch Erfindung seiner Zangen. Die Zange darf wohl nach der Müller'schen Publikation als bekannt vorausgesetzt werden; ich kann mich wohl darauf beschränken, die in der Greifswalder gynäkologischen Klinik vom Herrn Geheimrath Pernice geübte Methode genauer zu beschreiben.

Nachdem man sich allseitig überzeugt hat, dass der Uterus vollständig mittelst Muxceux'scher Zangen sich bis in den Scheideneingang nach unten herunterziehen lässt und dass vor allen Dingen die Blase noch vom Cervix zu trennen ist, beginnen wir an den ersten Tagen mit den Vorbereitungen zur Operation,

indem bei der Patientin ausgiebige Stuhlentleerungen vorgenommen werden. Die Diät wird zu diesem Zweck vom ersten Tage an eine durchaus kräftige, aber möglichst flüssige. Am zweiten Tage wird in Chloroformnarcose zuerst mittelst scharfen Löffels die carzinomatöse Partie ausgiebig ausgekratzt, um die Jauchung zu entfernen und möglichst einfache Wundverhältnisse zu schaffen. Wir können uns von der Gefährlichkeit dieses Eingriffes in Bezug auf Hineintreibung carzinomatöser Theile in die Lymphgefässe, wie sie von Leopold seiner Zeit betont wurde, nicht überzeugen, halten vielmehr die sorgfältige aseptische Reinigung des Operationsfeldes als eine Conditio sine qua non der Operation. Selbverständlich wird durch häufige Ausspülungen mit Sublimatlösung 1 : 1000 möglichster Desinfektion der Scheide und ihrer Nachbarschaft nach Kräften Sorge getragen Die ausgekratzte Partie wird sorgfältig mit Jodoformgase tamponirt und so jeder beträchtlichen Blutung vorgebeugt. Am zweiten oder dritten Tage nach diesen Eingreifen stellt die ausgekratzte carcinomatöse Partie eine vollständig reine, granulirende Fläche dar und wird nunmehr, nachdem Patientin am Abend vorher ein Sitzbad genommen, die Scheide nochmals desinfizirt und zur Operation geschritten. Patientin erhält fünf Minuten vor dem Beginn der Narcose 20 Tropfen Tinct. Op. simpl., um den Stuhlgang für die ersten Tage anzuhalten. Sämmtliche Instrumente werden vor der Operation mit 5% Carbollösung zehn

Minuten lang sorgfältig abgebürstet und kommen hierauf für 10 Stunden in einen Sterilisationsofen, in welchem sie bis zum Morgen bei 120° C. verbleiben, um dann sofort in eine 5% Carbollösung gelegt zu werden. Messer und Scheeren werden stets vorher vom Instrumentenmacher frisch geschliffen und erst unmittelbar vor der Operation mit 5% Carbollösung abgewischt. Selbstverständlich trifft dieselbe Desinfection sämmtliche Specula, von denen meistens die Simon'schen benutzt werden. Das Operationszimmer, der Operationstisch, welche nur für aseptische Operationen benutzt werden, werden ebenfalls einen Tag vorher durch sorgfältige Reinigung vorbereitet; die Nacht hindurch verbreitet im Zimmer ein Dampfspray einen 5% Carbolnebel. Schwämme, Decken u. s. w. werden ebenfalls sorgfältig vorbereitet. Als Tiseh wird ein einfacher, polirter Holztisch benutzt, dessen Decke durch Aufklappen erhöht werden kann und an dessen unteres Ende die Greder'schen Beinhalter angeschraubt werden. Die Patientin kommt mit frischer Wäsche in das Operationszimmer; draussen erwartet sie ein frisches, vorgewärmtes Zimmer. Nachdem Patientin chloroformirt auf dem Greder'schen Beinhalter zurechtgelegt ist, werden nochmals die äusseren Genitalien mit Seife und Wasser gründlich gereinigt, etwaige im Darm befindliche Kothmassen werden entfernt, die Haare rasirt und die Scheide nach Entfernung der Tampons mit 1% Sublimatlösung gründlich desinficirt.

Die Lösung ist möglichst lauwarm, um die Scheide nicht zur Contraktion zu bringen. Hierauf werden zwei Muzeux'sche Zangen an jeder Seite des Muttermundes eingesetzt und der Uterus mit kräftigem Zuge nach unten dislocirt. Die Simonschen Specula halten das Gesichtsfeld hinreichend frei. Nun wird ein Katheter in die Blase geführt und nochmals controlirt, ob dieselbe vollständig frei von der Neubildung ist.

Die mit Zangen nach unten gezogene Vaginalportion wird rings umschnitten, dann das Collum uteri bis in die Gegend des inneren Muttermundes stumpf frei präparirt. Zunächt wird dann das hintere Scheidengewölbe breit eröffnet, sodass man mit den Fingern in die Peritonealhöhle gelangen kann. Mit 1—2 Fingern geht man jetzt, ohne den Uterus aus seiner Lage zu bringen, an einer der Kanten desselben über das breite Mutterband und eröffnet auf der Kuppe des Fingers das vordere Scheidengewölbe. Nun wird der untere Schenkel der Müller'schen Zange mit der rechten Hand durch die Wunde in das hintere Scheidengewölbe über das breite Mutterband herumgeführt und alsdann der Griff stark gesenkt; der obere Schenkel der Zange wird in das vordere Scheidengewölbe hineingeführt, im Schloss adapirt und durch kräftiges Zusammendrücken der Griffenden die Zange geschlossen, alsdann trennt man an dieser Seite den Uterus ab.

Auf der andern Seite wird die Zange in derselben Weise angelegt; der Uterus ist jezt nur noch an den zwischen den beiden Incisionen des vorderen Scheidengewölbes liegenden Gewebsbrücken befestigt, welche nur noch, um den Uterus vollständig zu befreien, durchtrennt zu werden brauchen.

Selten passirte es, dass eine Darmschlinge in der grossen Peritonealwunde erschien; dieselbe liess sich stets ohne Schwierigkeiten mittels eines Stielschwammes zurückhalten. Nunmehr wird zunächst die Wunde mit Jodoformpulver eingestäubt, ein Jodoformtampon vor die Peritoneallücke geschoben, die bisher manuel gestutzten Zangen mittels Jodoformgase umwickelt, die äusseren Geschlechtstheile mit Sublimat irrigirt. Nun werden die Zangen reichlich mit Watte unterpolstert und schliesslich die gestreckten Oberschenkel mittels einer breiten Gasebinde, welche zugleich die untere Bauchgegend mit einschliesst, derart fixirt, dass die Zangen parallel mit den Oberschenkeln vollständig sicher und unverschieblich aus der Scheide hervorragen. Patientin kommt in vorgewärmtes Zimmer, wo die Fenster verdunkelt werden; etwaige Brechneigung wird durch Eispillen oder tropfenweise gereichten Citronensaft gemildert; der Urin während des ersten Tages mit dem Katheter abgezapft. Meist ist die Patientin im Stande am zweiten Tage selbst Urin zu lassen; für die erste Nacht wird gewöhnlich eine mässige Morphiuminjektion gereicht. Am dritten Tage werden

die Zangen bereits entfernt; die Blutung steht dann vollständig; die Peritonealwunde hat sich alsdann beträchtlich zusammengezogen, und ist meist schon durch Fibrinauflagerung geschlossen. Am sechsten Tage erhält die Patientin ein Abführmittel und hierdurch zum erstenmal Stuhlgang. Am zehnten Tage findet die Entfernung der Tampons und von nun an regelmässig alle zwei Tage eine Irrigation der Scheide statt. Die Operationswunde bildet eine granulirende, etwa eine Markstück grosse Fläche, welche mässig sezernirt; je nach Umständen steht die Patientin von jetzt an auf.

Durch die Güte des Herrn Geheimrath Pernice bin ich in der Lage die genauere Krankengeschichte der letzten drei von ihm unter Anwendung der Müller'schen Zangen operirten Fälle mitzutheilen.

Fall I.

Frau R. aus Klein-Vorbein bei Loitz ist von Kindheit an gesund gewesen und wurde $15^1/_4$ J. alt zum erstenmal menstruirt und von da an waren die Menses stets regelmässig. Die Zeit des Aufhörens derselben vermag sie nicht mehr anzugeben. Die Geburten, 7 an der Zahl, sind sämmtlich normal verlaufen; vor der letzten stellten sich zweimal krampfartige Schmerzen mit leichten Blutabgängen ein, nach der letzten waren die Blutungen, verbunden mit Kreuzschmerzen, häufiger und stärker. Diese waren am ersten und zweiten so stark, dass Patientin am 1./10. 87 die ärztliche Hülfe aufsuchen musste.

Status praes:

Patientin ist kräftig gebaut, Gesichtsfarbe sehr blass, anämisch. Appetit schlecht, Stuhl regelmässig, Urin normal, wurde in letzter Zeit unwillkürlich entleert.

Bimanuelle Untersuchung.

Die ganze Portio wird von einer pilzartigen, gegen das Scheidengewölbe scharf abgegrenzten, vielfach zerklüfteten Geschwulst eingenommen. Dieselbe blutet leicht, ist verjaucht und sehr mürbe. An Stelle des Muttermundes eine tiefe zerklüftete Grube, vollkommen mit der gleichen Neubildung ausgekleidet. Die Parametrien scheinen frei zu sein. Uterus ist normal antevertirt.

Speculum:

Am 6./10. 87. Der Uterus wird hervorgezogen mittels Kugelzangen, welche in dem morschen Gewebe häufig ausreissen. Unter ziemlich starker Blutung werden die Geschwulstmassen ausgekratzt. Der Uterus ist gut beweglich, in der Nachbarschaft der Neubildung befindet sich reichlich gesunde Schleimhaut, die Blase und Harnröhre ist nicht adhärent.

Diagnose: Carcinoma port. vaginalis und des Scheidengewölbes.

Therapie: Exstirpatio uteri vaginalis.

Operation am 10./10.

Nach vorheriger sorgfältiger Desinfektion wird zunächst die Blase entleert und der Uterus mit Kugel-

zange stark nach abwärts gezogen, wobei die Zangen in dem mürben Gewebe wiederholt ausreissen. Nun wird mittelst des Messers zunächst die Schleimhaut des vorderen Scheidengewölbes eingeschnitten und präparatorisch bald mit dem Finger bald mit dem Messer bis über den Cervix hinaus die Blase vom Uterus getrennt; hierbei zwei Ligaturen erforderlich. Hierauf erfolgt die Trennung der Scheide an den Seiten und im hinteren Scheidengewölbe. Ohne Schwierigkeiten wird der Douglas freigelegt, dessen Peritonialüberzug sich als dünne Membran in der Wunde vorwölbt. Nach Trennung derselben wird der Uterus mit dem Finger hintenüber in die Wunde gezogen, die Adnexen desselben hervorgezogen und nach Durchbohrung der Fingerspitze durch das Peritoneum des vorderen Scheidengewölbes zunächst rechts die Müller'sche Klemme angelegt und der Uterus dicht vor der Klemme abgetrennt. Dieselbe wird links ebenso angelegt und nun erscheint die rechte Tuba und das Ovarium in der Peritonealwunde, die ebenfalls noch besonders in eine Zange gefasst und abgetragen werden. Hierauf wird der Rest des Peritoneums an der vordern Wand durchtrennt, wobei noch zwei Ligaturen erforderlich werden. Alsdann wird der Uterus auch links vollständig von seinen Anhängen mittelst des Messers abgetrennt. Es liegt nun eine Dünndarmschlinge in der Wunde, diese wird mit einem Schwämmchen zurückgehalten. Die Wunde wird mit Salicyl-Bor-

lösung ausgespült und Müller'schen Zangen mittelst schmaler Jodoformstreifen umwickelt, die Wunde mit Jodoformgase tamponirt.

Verlauf: Die anfangs collabirte Patientin erholte sich langsam. Temperatur war am Abend der Operation 38,8, Puls 108, Respiration beschleunigt. Patientin ist sehr schwach und anämisch. In den nächsten Tagen war eine starke Temperatursteigerung bis 40,4, so dass am fünften Tage zweimal Antifibrin 0,25 pro dosi verabreicht wurde. Es gelang die Temperatur hierdurch bis zum siebenten Tage annähernd zur Norm herabzusetzen, doch blieben abendliche Exazerbationen bis 38,7 bestehen. Diese beruhten wohl auf Resorbtionsvorgängen an den durch die Klemmen zum Theil nekrotisch gemachten Wundrändern. Die Klemmen wurden auch hier am dritten Tage entfernt, ohne dass Blutung erfolgte. Die durch Druck gangränös gewordenen Gewebe lösten sich unter Ausspülungen bis zum zwölften Tage ab, und nun verschwanden auch die Temperatursteigerungen am Abend. Die anfänglich befürchtete Läsion der Ureteren trat nicht in Erscheinung. Patientin konnte vielmehr vom ersten Tage an selbst Urin lassen. Sie wurde beträchtlich gekräftigt mit einer zweimarkstückgrossen, gut granulirenden Operationswunde am 16 Tage nach Hause entlassen.

II. Fall.

Frau Rütz aus Greifswald, 60 J. alt, war immer

gesund. Die Menses waren sehr unregelmässig. Kinder hat sie geboren, ihre jetzige Krankheit begann vor circa zwei Jahren mit Bluterguss aus den Geschlechtstheilen, der bald schwächer, bald stärker war, doch nie ganz aufhörte. Dabei kam sie herunter und wurde immer schwächer, so dass sie am 8./10. 87 die Hülfe der hiesigen gynäkologischen Klinik aufsuchte.

Status praesens:

Patientin ist von kleiner Gestalt, schwachem Bau, blassen anämischem Aussehen.

Der Scheideneingang ist eng, die Scheide senil; Colpitis adhaesiva, Uterus retrovertirt, mässig vergrössert. Sonst nichts anormales. Am 11. 10 wurde der Uterus ausgekratzt, und die ausgekratzten Massen behufs mikroscopischer Untersuchung nach dem pathologischen Institut geschickt. Nachdem daselbst die Diagnose auf Carcinom bestätigt worden war, wurde am 12. 10 Exstirpatio uteri vaginalis vorgenommen.

Diagnose: Carcinoma corporis uteri.

Therapie: Am 11. 10 78 Auskratzung und Kauterisation des Carcinoms. Am 12. 10 Exstirpatio uteri vaginalis.

Durch die senil involvirte Scheide wird das Gesichtsfeld ungemein beschränkt, dennoch gelingt die Trennung des zwischen Blase und Uterus, sowie zwischen Rectum und Uterus liegenden Bindegewebes verhältnissmässig leicht. Schwierigkeiten traten erst

ein, als der bedeutend vergrösserte Uterus durch die Wunde im Periteneum des Douglas herausbefördert und gleichzeitig die Müller'schen Zangen an die Uterusanhänge angelegt werden sollten. Dies gelang derart, dass der hintere Löffel zunächst durch die Peritonealwunde des Douglas eingelegt und hierauf der obere Löffel direct durch das vordere Scheidengewölbe eingestossen wurde. Eine zweite Schwierigkeit erwuchs durch die abnorme Grösse des Uterus; beim Hervorziehen desselben wurde ein Eingeweide mittelst der Zange gefasst, welches von einigen für das Colon oder S Romanum gehalten wurde. Dauer der Operation eine Stunde; drei Zangen erforderlich.

Patientin, welche anfangs etwas collabirt erschien, erholte sich bald, die Temperatur war stets normal. Der Urin wurde anfangs ins Bett gelassen, Katheterisation war unmöglich, weil die Harnröhrenmündung durch die Jodoformtamponade bis hinter die Symphyse hinaufgeschoben war. Oeftere Umbettung der Patientin. Am dritten Tage Entfernung der Zangen, keine Blutung. Patientin entleert den Urin nun normal und liegt nur noch selten nass. Am achten Tage nach der Operation hatten sich die gangränösen Fetzen der Wunde abgestossen, auch die stark gequetschten Scheidewände begannen sich zu erholen. Am sechszehnten Tage nach der Operation wurde Patientin mit markstückgrosser granulirender Wunde auf ihren Wunsch nach Hause entlassen.

Fall III.

Frau Platt aus Stralsund ist früher stets gesund gewesen. Die Menses waren seit dem 15. Lebensjahre stets regelmässig; zuletzt menstruirt am 2. August 87. Sie überstand fünf Geburten normal und einen Abortus. Seit langen Jahren klagte sie über Ziehen im Magen — keine Blutungen ausser der Zeit; Post coitum kam jedesmal etwas Blut.

Status praesens:

Patientin ist mittelstark, von gesundem Aussehen. Untersuchung am 18. 8. 87: Ziemlicher Ausfluss; erodirte Muttermundslippen, die leicht bluten.

Diagnose: Retroflexio uteri; auf Carcinom verdächtige Portio.

Therapie: Excision der verdächtigen Stelle an der Muttermundslippe und die betreffenden Massen zur Untersuchung dem pathologischen Institut übergeben. Patientin wurde vorläufig auf 14 Tage nach Hause entlassen.

Nachdem die Diagnose auf Carcinoma portionis bestätigt worden war, wurde am 18. Exstirpatio uteri beschlossen; Untersuchungsbefund vom 18./9.

Scheide ist weit aufgelockert; Portio 3—4 Ctm. lang. Vordere Muttermundslippe kürzer, Orif. ext. geöffnet. Im Cervicalkanal fühlte man namentlich nach hinten in der Mittellinie eine feste, harte Masse; links am orif. ext. mehr auf der hinteren Lippe eine Rauhigkeit, Uterus retrovertirt nicht ver-

grössert. Bei der bimanuellen Untersuchung ziemlich lebhafte Schmerzen im Bauch; in den Anhängen links und rechts fühlt man nirgends härtere Stellen resp. infiltrirte Drüsen. Vordere und hintere Scheidewand etwas prolabirt. — Im Speculum zeigt sich auf der hinteren Lippe eine ziemlich weit ausgebreitete Erosion; nach vorn, wo im übrigen Stücke behufs mikroskopischer Untersuchung abgetragen sind, befinden sich ebenfalls roth aussehende $^1/_4$—$^1/_2$ Ctm. breite Ulcerationen, die sich links nach den Seiten der vagina hin erstrecken.

Operation am 19./9. 87 ausgeführt nach der oben beschriebenen Methode.

Patientin hat während der beiden ersten Tage nach der Operation Temperatursteigerung bis 38,7, klagt über Ziehen und schmerzhaftes Stechen im Bauch. Derselbe ist auf Druck unempfindlich, etwas aufgetrieben. Nach Darreichung von 15 Tropfen Tinct. Opii. schwinden obige Erscheinungen. Morgentemperatur am dritten Tage 37,4. Patientin erhält Milch, Bouillon mit Ei, Ungarwein; sie muss bis heute katheterisirt werden. Am dritten Tage Entfernung der Zangen und theilweise der eingelegten Jodoformgase. Keine Blutung oder bedeutende Schmerzhaftigkeit. Am 15. Tage wird sie nach Hause auf ihren Wunsch entlassen.

Nachdem wir am Anfang dieser Arbeit hervorgehoben haben, dass die Wahl einer Operationsmethode abhängig gemacht werden muss von den

Endresultaten der nach dieser Methode operirten, Fälle, so dürften wir wohl mit Recht im Hinblick auf mehrere vor kurzem vom Herrn Geheimrath Pernice Operirten und in Form von Dissertation publicirten Fälle, die oben beschriebene Operationsmethode unter Anwendung der Müller'schen Zange als die zur Zeit empfehlenwertheste bezeichnen.

Am Schlusse sei es mir gestattet, dem Herrn Geheimrath Prof. Dr. Pernice für gütige Ueberweisung des Themas als auch für die Unterstützung in der Bearbeitung desselben meinen innigsten Dank auszusprechen.

Vita.

Sylwester Wendland, geboren am 28. Dezember 1857 zu Dembno in Posen, kath. Confession, Sohn des Hauptlehrers Josef Wendland zu Ostrowo und dessen Ehefrau Cäcilia geb. Ruszczynska erhielt seine erste Schulbildung auf der Stadtschule zu Ostrowo; daselbst besuchte er auch das Gymnasium, welches er Ostern 1880 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er bezog nun die Universität Greifswald und wurde unter dem Rektorate des Herrn Prof. Dr. Haeberlin in das Album der med. Facultät eingetragen. Im Jahre 1883 bestand er das Examen physicum, in 1887 die ärztliche Staatsprüfung und das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herrn Professoren und Docenten:

Arndt, Beumer, J. Budge, A. Budge, Eichstedt, v. Feilitzsch, Gerstäcker, Grohé, Hueter, Landois, Limpricht, Löbker, Krabler, Mosler, Münter, Pernice, von Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Strübing, Sommer, Vogt.

Allen diesen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Anwendung der Müller'schen Zangen bei Exstirpatio uteri vaginalis ist durchaus zu empfehlen.

II.

Quecksilber wirkt ähnlich wie Arsen aus Phosphor durch formativen Reiz auf das Gewebe.

III.

Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze bei placenta praevia während der Eröffnungsperiode ist das beste Cautel gegen die Infection.